



DIVISIÓN DE RECURSOS LICENCIADOS

INFORME DE INCIDENTE/LESIÓN EN CUIDADO DE NIÑOS

NOMBRE(S) DEL PROVEEDOR			
NOMBRE DEL NIÑO(A)		FECHA DEL INCIDENTE	HORA DEL INCIDENTE <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
DESCRIBA LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA LESIÓN/INCIDENTE			
LUGAR DONDE TUVO LUGAR LA LESIÓN/INCIDENTE			
EQUIPO DE JUEGO U OTROS ARTÍCULOS INVOLUCRADOS			
PRIMEROS AUXILIOS ADMINISTRADOS		OTRO TRATAMIENTO ADMINISTRADO	
¿Hubo testigos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	De ser así, dé el nombre: _____	
¿Se llamó a un médico?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	De ser así, dé el nombre: _____ Y La hora en que se le llamó: _____	
¿Se llamó al padre/madre?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	De ser así, dé la hora: _____	
¿Se llamó al agente de licencias?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	De ser así, dé la hora: _____	
¿Algún otro contacto?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	De ser así, dé el nombre: _____ Y La hora en que se le llamó: _____	
Marque y describa el área de la lesión:			
COMENTARIOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR			
FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR		FECHA	FIRMA DEL PROVEEDOR
			FECHA